



Número: **0800231-46.2019.8.18.0100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Manoel Emídio**

Última distribuição : **26/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR)		THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)	
GENTE SEGURADORA SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61026 13	26/08/2019 18:04	Documentos de Clesiane	Documentos



ADVOCACIA &
CONSULTORIA
ESPECIALIZADA

Thalles Augusto Oliveira Barbosa

Advogado

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Pelo presente instrumento particular de mandato o Sr.

Clésiane da Silva Oliveira
brasileiro(a), solteira, desempregada portador do C.I./RG nº
4.361.775 SSP/PI e do CPF/MF nº 081.695.893-98

residente e domiciliado (a) na
rua Pedro Alves Cabral, nº 1353, Conj.
Marcos Antônio Manoel Emídio PI CEP.: 64.875-000

Nomeia e constitui como seu procurador o advogado **Dr. Thalles Augusto Oliveira Barbosa**, brasileiro, casado, advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil-Piauí sob o nº 5.945 e OAB/MA nº. 13.963-A com escritório profissional situado na rua Jornalista Don Dom, nº 2487, bairro Horto Florestal, Teresina//PI, outorgando-o amplos poderes para promover ou defender os interesses e direitos do(a) OUTORGANTE para o foro em geral, administrativa ou judicialmente, conforme estabelecido no artigo 105 e art. 425, IV, do NCPC, podendo, para tanto, fazer requerimentos diversos, tais como certidões, cópias, propor e contestar ações, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, renunciar, desistir, confessar, reconhecer a procedência do pedido, receber e dar quitação, solicitar e retirar alvará, receber intimações perante os juízos deprecante e deprecado, e em qualquer instância, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo subestabelecer o presente mandato, com ou sem reserva de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do(a) OUTORGANTE e ao bom, completo e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina, 01 de 08 de 2019.

x Clésiane da Silva Oliveira

Rua Jornalista Dondom, nº 2487, bairro Horto Florestal, Teresina/PI - Tel. (86) 99860-5476
e-mail: boatte@hotmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Cleiane da Silva Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR
0771864

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.361.775 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/03/16

NOME CLEIANE DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO ANA RAIMUND ALVES DA SILVA
VALDOMIRO FRANCISCO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE MANOEL EMÍDIO-PI DATA DE NASCIMENTO 18/05/2000

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 6843 L A07 F 195

CPF EXP MANOEL EMÍDIO PI 06/06/00

TERESIN 081.695.843798

ASSINATURA DO DIRETOR DE REGISTRO

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 013006144

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	06/11/2018	233	189,94

ANA RAIMUNDA ALVES DA SILVA OLIVEIRA
R. PEDRO A CABRAL S/N 1353 B-URBANO
CPF: 00092322786349
CEP: 64.875-000 - MANOEL EMÍDIO

ROT: 282.538.18.18.015300

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	637	Atual:	29/10/2018
Anterior:	404	Anterior:	26/09/2018
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	28/11/2018
Consumo Medido:	233	Emissão:	26/10/2018
Consumo Faturado:	233	Apresentação:	29/10/2018

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat. Média 12 meses
RESID.BX. RENDA	MONO	A2024742		1.4.1.1 143

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
SET/18 226	CONSUMO	30 A R\$ 0,307904 = 9,23
AGO/18 178		70 A R\$ 0,527850 = 36,94
JUL/18 120		120 A R\$ 0,791769 = 95,01
JUN/18 144		13 A R\$ 0,679741 = 11,43
MAI/18 138		CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
ABR/18 157		DIFERENÇA DE TARIFA
MAR/18 121		SUBVENCAO BAIXA RENDA
FEV/18 114		CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00
JAN/18 100		MULTA POR ATRASO 05/18-00
DEZ/17 121		JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00
		ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 8,51
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 30 - 0,207620		
31 A 100 - 0,355930		
101 A 220 - 0,530890		
221 A 233 - 0,593210		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SISEN. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 518,35 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 7AF8.3030.168D.84EC.361F.89B6.1D7D.64B4

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	40,18	Base de Cálculo:	208,73
Energia:	76,40	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,02	Valor do ICMS:	56,35
Encargos:	12,17	Valor do PIS:	2,06
Tributos:	67,96	Valor do COFINS:	9,55

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMIC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	7,27	14,53	29,06	3,93	7,85	15,70	4,14		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Conjunto	ELIZEU MARTINS						Período de apuração:	08/2018	EUSD: 37,72

ROT: 282.538.18.18.015300



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR – GPI

17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CANTO DO BURITI-PI
Rua Getúlio Vargas s/nº, Santa Luzia, Canto do Buriti-PI, CEP 64.890-000, email: dpcantodoburiti@gmail.com.br

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1275/2018 - 17ªDRPC DE CANTO DO BURITI

Delegacia: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
Delegado: Yan Rego Brayner

Resp. p/ Registro:
Data/Hora:

Daniele Batista Araujo
Segunda-feira - 12/11/2018 - 10h 00min

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato: Acidente de Trânsito

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
Local do fato: Via Pública
Endereço: BR 135 km
Bairro: Zona Rural
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio

Data/Hora: 18/03/2018 aprox. 19h00min

404609

Estado: Piauí

DADOS DO NOTICIANTE

Nome: Ana Raimunda Alves da Silva
RG: 2.083.877 SSP/PI CPF: 923.227.863-49
Filiação: Mariada Penha da Silva e Aldenor Alves Gabino
Endereço: Rua Pedro Alves Cabral, nº 1353.
Bairro: Conjunto Marcos Antonio
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio

Idade: 42 anos
Telefone: (89)99424-7518

Estado: PI

DADOS DA VÍTIMA

Nome: Clesiane da Silva Oliveira
RG: 4.361.775 SSP/PI CPF: 081.695.893-98
Filiação: Ana Raimunda Alves da Silva e Valdomiro Francisco de Oliveira
Endereço: Rua Pedro Alves Cabral, nº 1353.
Bairro: Conjunto Marcos Antonio
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio

Idade: 18 anos
Telefone: (89)99414-6999

Estado: PI

OBJETOS / DOCUMENTOS/ EQUIPAMENTOS ENVOLVIDOS

Desc. Material:
Quantidade:

Valor RS:



VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Marca/Mod/Ano: HONDA/ XLR 125 ES, Ano: 2001, Licenciado em nome de: RAIMUNO CRISPIM PEREIRA DOS SANTOS.
Cor: VERMELHA Chassi: 9C2JD17201R018213

Placa: LWB-3158
Renavam: 765815460

NARRATIVA DO FATO

A noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data, hora e local acima citada, sua filha de nome Clesiane estava conduzindo uma motocicleta vindo da localidade Água Branca, tendo como carona JANAINA BARBOSA DA SILVA (RG: 099.337.33-03); Que estavam na BR 135 quando os pneus estouraram e Clesiane perdeu o controle da motocicleta; Que caíram na pista e ficaram desacordadas; Que um homem desconhecido que transitava no momento ligou para o SAMU; Que aproximadamente 15 minutos foi feito os primeiros atendimentos pelo SAMU da cidade de Manoel Emídio/PI; Que foram transferidas para o Hospital de Manoel Emídio; Que Clesiane estava com corte da cabeça e com fratura na clavícula; Que o médico plantonista costurou o corte na cabeça e ficando internada; Que na data do dia 19/03/2018 Clesiane foi transferida para o Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Florianópolis; Que o procedimento cirúrgico de nome Osteossíntese de Clavícula E (braço esquerdo) na data do dia 23/03/2018. É o relato.

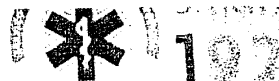
Ana Raimunda Alves da Silva
Noticiante

Daniele Batista Araujo
Escrivã(o)/ad.hoc.Agen

Obs: A falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.125/0002-20
SAMU 192



REGISTRO DE OCORRÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Clayane Oliveira da Silva
SEXO: () MAS (X) FEM IDADE: 17 anos
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Br: 135 km

TIPO DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Envenenamento | ☐ Agressão Física | ☒ Acidente de Moto |
| ☐ Choque Elétrico | ☐ Afogamento | ☐ Acidente de Carro |
| ☐ Urgência Obstétrica | ☐ Queda | ☐ Mal Súbito |
| ☐ Urgência Pediátrica | ☐ Já removido | ☐ Falso Chamado |
| ☐ Ferimento Arma Branca | ☐ Ferimento Arma de Fogo | ☐ Queimadura |
| ☐ Atropelamento | ☐ Urgência Clínica | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- ☒ Alerta
☐ Responde ao Comando
☐ Responde a Dor
☐ Sem resposta

PUPILAS:

FALA:

- ☒ Iguais ☒ Normal
☐ Desiguais ☐ Confusa

PULSO RADIAL:

- ☒ Forte
☐ Fraco
☐ Ausente
☐ Leve
☐ Moderado Intenso

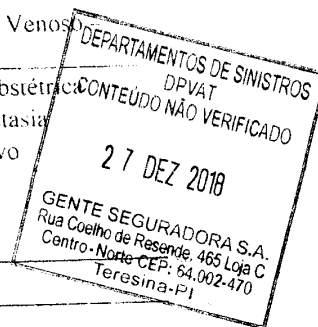
SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
Hora	20:30	
P.A	110 x 70	
Pulso	100 bpm	
Respiração	22 mpm	
Saturação	98.1	
Temperatura	36.1°C	
Glicemia	178	

OBSERVAÇÕES: pac: com fratura não exposta na clavícula

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Aspiração | ☐ Outros | ☐ Acesso Venoso |
| ☐ Oxigênio | ☐ Imobilização de extremidades | ☐ Solução |
| ☐ Reanimação CARDIO-RESP | ☒ Prancha | ☐ Ass. Obstétrica |
| ☐ Ventilação Artificial | ☒ Colar Cervical | ☐ Hemostasia |
| ☒ Monitorização | ☐ KED | ☐ Curativo |

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:



ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Melhorando | ☐ Severa Gravidade | ☐ Indeterminado |
| ☒ Piorando | ☐ Média Gravidade | ☐ Óbito antes do Socorro |
| ☐ Inalterado | ☐ Pequena Gravidade | ☐ Óbito no transporte |
| ☐ Coma | ☐ Ileso | |

HOSPITAL DE DESTINO: Hsp: Manoel Emídio

Odete Santana Chaves
Prof. de Enfermagem
Enfermeiro Técnico de Enfermagem

md correm
Profissional Receptor do Hospital

Avenida Primeiro de Maio, 417 – Centro – Manoel Emídio-PI – CEP: 64.875-000
Fone: (89) 3535-1552 E-mail: manoelemidio@samu.pi.gov.br



REQUERIMENTO

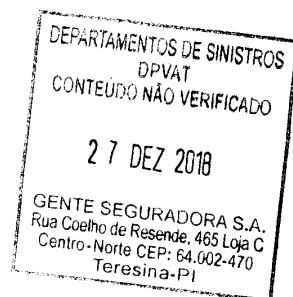
SOLICITANTE: ANA RAIMUNDA ALVES DA SILVA
SOLICITAÇÃO: BOLETIM DE Ocorrência

A Senhora Coordenadora do SAMU 192

Eu, **Ana Raimunda Alves da Silva**, portadora do RG nº 2.083.877 SSP/PI, residente e domiciliado na Rua Pedro Álvares Cabral, Conjunto Pôr do Sol, Bairro Altamira, venho por meio deste requerimento solicitar o Boletim de Ocorrência de atendimento do SAMU em decorrência do acidente de motocicleta de **Clesiane Oliveira da Silva** ocorrido na BR 135 no dia 18 de Março de 2018 no município de Manoel Emídio-PI, para fins de requerer o Seguro DPVAT.

Manoel Emídio-PI, 28 de Novembro de 2018.

Ana Raimunda Alves da Silva
ANA RAIMUNDA ALVES DA SILVA





**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.125/0002-20
SAMU 192**



Ofício n.º 047/2018

Manoel Emídio, 28 de Novembro de 2018.

A Requerente

Assunto: **Entrega da ficha de atendimento do SAMU 192.**

Prezado Senhora,

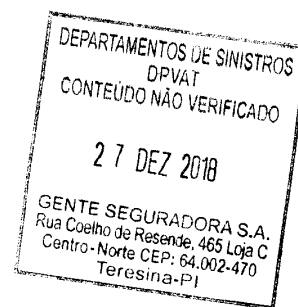
Venho através deste presente ofício informar a senhora Ana Raimunda Alves da Silva, inscrito sob o RG nº 2.083.877 SSP/PI, que a ficha de atendimento referente a ocorrência de Clesiane Oliveira da Silva no dia 18 de Março de 2018 no turno da noite na BR 135 no município de Manoel Emídio-PI, que foi requerida pela mesma, foi disponibilizada e segue em anexo no presente ofício.

Na certeza do entendimento, renovamos votos de elevada estima e me coloco a disposição para maiores informações e esclarecimentos.

Atenciosamente,

POLLYANNA TAIANA DE MORAIS SOUSA
COORDENADORA SAMU
MANOEL EMÍDIO-PI

Pollyanna Taiana de Moraes Sousa
Coordenadora SAMU
Manoel Emídio-PI



Avenida Primeiro de Maio, 417-Centro-Manoel Emídio-PI-CEP: 64.875-000
Fone: (89) 3535-1552 E-mail: manoelemidio@samu.pi.gov.br



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
2 - CNES
2365146
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
4 - CNES
2365146

1058775

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
166926
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
204184828660008
8 - DATA DE NASCIMENTO
18/05/2000
9 - SEXO
Masc. 1 Fem X 2
10 - NOME DA MÃE
ANA RAIMUNDA ALVES DA SILVA
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9424-7518
12 - ENDEREÇO
PEDRO ALVARES CABRAL, 1.353 - CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MANOEL EMIDIO
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2205904
15 - UF
PI
16 - CEP
64875-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma no ombro @ e do - centro

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Quebra de osso

AIN DIGITADA

1.0413040178
2.040806150

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

AIN NUMERADA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de clavícula

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

5420 W199

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

041303003

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CLINICA MEDICA URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO () CNS (x) CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

HOSPITAL TIBERIO NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/03/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 12717

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

64238

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

22181 01230048





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
CLESIA NE DA SILVA OLIVEIRA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
204184828560008
10 - NOME DA MÃE
ANA RAIMUNDA ALVES DA SILVA
12 - ENDEREÇO
PEDRO ALVARES CABRAL, 1.353 - CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MANOEL EMÍDIO

6 - DATA DE NASCIMENTO
18/05/2000

9 - SEXO
Masc. 1 Fem X 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9424-7518
15 - UF
PI
16 - CEP
64875-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno do sono e ansiedade

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Ansiedade

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

73

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fv. de ansiedade

21 - CID PRINCIPAL

F40.0

22 - CID SECUNDÁRIO

F41.1

23 - CAUSAS ASSOC.

Dependente

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação hospitalar
26 - CLÍNICA
CLÍNICA MÉDICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/03/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e traumatologista
CRM-PI 4315 / TEOT: 14175

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01503000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.823-37

47 - DATA DA

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Atendimento	1058775
Data:	21/03/2018
Hora:	11:27

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANO/PI

Nº AIH
JO

BOLETIM DE ADMISSÃO

166926 - CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 18/05/2000 - 17 ANOS, 10 MESES, 3 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX19 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

CPF: RG: 4361775/pi C/N: SIS Prenatal:

Endereço: PEDRO ALVARES CABRAL, Nº 1.353 - CEP: 64875-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2205904- MANOEL EMIDIO/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: VALDOMIRO FRANCISCO DE OLIVEIRA Mãe: ANA RAIMUNDA ALVES DA SILVA

Responsavel: CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Diaria de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐
☐
☐
☐

Curado
Melhorado
Inalterado
Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido
Pedido
Evasão
Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas
+48 Horas
Obito

Transferido

História Clínica

Transmissão de...

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Diagnóstico Provável

Fratura de clavícula

18.07.2018

Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 4315 / TEOT: 14175

HOSPITAL TIBERIO NUNES



Evolução Clínica

A'endimento 1058775	Paciente CLESIA NE DA SILVA OLIVEIRA
------------------------	---

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

[illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
27 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

ASSIN 





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N

MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000

Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323

BOLETIM CIRURGICO

1058775 - CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

Data: 21/03/2018

Diag. Cirúrgico: Fratura do fêmur

Cirurgia: Osteossíntese do fêmur

Descrição da Cirurgia:

Realizado sob anestesia geral

Realizado sob anestesia geral e bloqueio do membro

Realizado sob anestesia geral e bloqueio do membro

Osteossíntese do fêmur do membro inferior esquerdo

LME

Endoste

Curativo

Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 4315 / TEOT 14175

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

18 07 2018
ASSINADO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 27 DEZ 2018
 AGENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

NOME	Almeida, Felipe Nunes de		ALA	ENF. OU APT	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
DATA	23 / 11 / 18		HORÁRIO MEDICAÇÃO				
01. DIETA LIVRE	após 79%						6m - 23.03.18 em 16:34h. Diária.
02. JELCO HIERROLISADO							Indicado na R. P. A. após exame físico.
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			18	18h	24h		Indicado na R. P. A. após exame físico.
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			18	18h	24h		Indicado na R. P. A. após exame físico.
05. DILPIKONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			18	18h	24h		Indicado na R. P. A. após exame físico.
06. III ATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			18	18h	24h		Indicado na R. P. A. após exame físico.
07. III ATIL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)			18	18h	24h		Indicado na R. P. A. após exame físico.
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA			18	18h	24h		Indicado na R. P. A. após exame físico.
09. PIVASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			18	18h	24h		Indicado na R. P. A. após exame físico.
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			18	18h	24h		Indicado na R. P. A. após exame físico.
11. CURATIVO							Indicado na R. P. A. após exame físico.
12. SSVV + CCGG							Indicado na R. P. A. após exame físico.

Dr. Felipe Nunes de Almeida - Ortopedista e Traumatologista - CRM-PI 4315 TEOD: 14175
 Dr. Felipe Nunes de Almeida - Ortopedista e Traumatologista - CRM-PI 4315 TEOD: 14175
 Dr. Felipe Nunes de Almeida - Ortopedista e Traumatologista - CRM-PI 4315 TEOD: 14175
 Dr. Felipe Nunes de Almeida - Ortopedista e Traumatologista - CRM-PI 4315 TEOD: 14175

Dr. Felipe Nunes de Almeida
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM-PI 4315 TEOD: 14175



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>Cesilene A. Pereira</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>29/05/18</u>		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETAL LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		<u>18:00</u>		<u>At 13:30 Paciente segue em</u>	
04. CEFOTRIAXONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		<u>18:00</u>		<u>Unif. acompanhada, corten-</u>	
05. DIFENIDONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		<u>18:00</u>		<u>dedou por todo corpo. Flacida</u>	
06. TIL A TIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		<u>18:00</u>		<u>de 10:00 para 12:00</u>	
07. TIRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)		<u>18:00</u>		<u>Patrícia Cleidy Gama - 48 F. Lopes</u>	
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				<u>Técnica de Enfermagem</u>	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				<u>COREN-PI: 802.226</u>	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				<u>05.09.2018 - 04.12.2018</u>	
11. CURATIVO				<u>08.08.18</u>	
12. SSV + CCGG				<u>08.08.18</u>	

Dr. Conrado P. Filho
 Ortopedia Traumatologia
 CRM: 2512 / 1601.1348

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina - PI



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME: <u>Deiane dos Reis</u>		PRONTUÁRIO CLÍNICA NEUROCIRURGIA	ENF ou APT	LEITO	MÉDICO ASSIST.
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO ENFERMAGEM		
27/12/18	1) 100mg de clonazepam <u>clonazepam</u> 100mg 2) 100mg de clonazepam <u>clonazepam</u> 100mg 3) 100mg de clonazepam <u>clonazepam</u> 100mg 4) 100mg de clonazepam <u>clonazepam</u> 100mg 5) 100mg de clonazepam <u>clonazepam</u> 100mg 6) 100mg de clonazepam <u>clonazepam</u> 100mg 7) 100mg de clonazepam <u>clonazepam</u> 100mg 8) 100mg de clonazepam <u>clonazepam</u> 100mg 9) 100mg de clonazepam <u>clonazepam</u> 100mg 10) 100mg de clonazepam <u>clonazepam</u> 100mg	18h 20h 21h 22h 23h 24h 25h 26h 27h 28h 29h 30h 31h 32h 33h 34h 35h 36h 37h 38h 39h 40h 41h 42h 43h 44h 45h 46h 47h 48h 49h 50h 51h 52h 53h 54h 55h 56h 57h 58h 59h 60h	141 20 27/12/18	27/12/18 20 27/12/18	27/12/18 20 27/12/18

DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

Barbosa

PRESCRIÇÃO MEDICINA		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
LIVRE					
2 HIDROLISADO					
FIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
FOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
ONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
IL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
IAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
ANIT 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
IL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
OPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
ATIVO					
/ + CCGG					
Dr. Felipe Nunes de Almeida Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 4315 / TEOT 14175					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <i>Cezar de A. Oliveira</i>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <i>13/03/18</i>		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIFENHIDRAMINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TIRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. ZANEX 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM 2572-1/BOF 1368

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 27 DEZ 2016
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-Pi



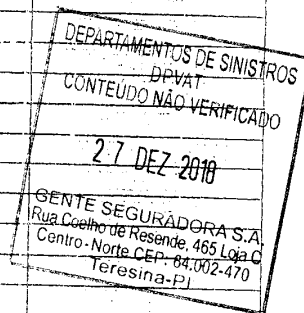


GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Clésiane da Silva Oliveira Reg. Sarne: _____
Cirurgião: Intensivos de Clériste E Sala: 02
Cirurgião: Dr. Gonçalves Auxiliar: Dr. Felipe
Instrutor: Lindoval Circulante: Régio + Luanine
Data: 23/03/18 Início: 15:30 Término: 16:00 Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANTO	PREÇO UNIT.	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA		<u>100</u>		
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	DEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CRÉME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g				
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRÓN				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETERANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLÉBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATONE ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR		<u>1ml</u>		
26	METRONIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METILCELOULOSE				
30	MOCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGMINE				
33	PCMA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO		<u>3 pacotes</u>		
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM		<u>05mg</u>		
42	VITAMINA K				
43	XILOCAÍNA 0.5% <u>2% sem vaso</u>		<u>01 pacote</u>		
	<u>com epinefrina</u>		<u>01 pacote</u>		



Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Clésio de Silva Oliveira</u>		Registro: _____																																			
Enf.: _____		Leito: _____ Apto.: _____																																			
Data <u>23.03.18</u>	P. Arterial <u>110/70</u>	Pulso <u>80</u>	Respiração																																		
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinátria	Hemoglobina																																		
			Hematócrito																																		
			Glicemia																																		
			Dos. Uréia																																		
Exame de Urina																																					
Função Respiratória																																					
Sistema Circulatório		Eletrocardiograma																																			
Sistema Respiratório		Assina	Bronquite																																		
Sistema Digestivo		Sistema Urinário																																			
Estado Mental		Corticóides	Atarácicos																																		
			Outros																																		
Diagnóstico Pré-Operatório		Risco																																			
Pré-Medicação (Agentes e Doses)		Aplicado As:	Efeitos:																																		
Agentes Anestésicos	Oxigênio 1 2 3	<table border="1"> <tr><td colspan="2">TOTAL DE DOSES</td></tr> <tr><td colspan="2">SEQUÊNCIA</td></tr> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td></tr> </table>		TOTAL DE DOSES		SEQUÊNCIA		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15	
TOTAL DE DOSES																																					
SEQUÊNCIA																																					
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
LÍQUIDO	Soluto 500 Sangue 300 Outros 100																																				
Temperatura T°	C 260																																				
P. Arterial	38 220																																				
V	180																																				
Λ	160																																				
Pulso	36 150																																				
Início e Fim Anestesia	34 140																																				
X	120																																				
Início e Fim Operação	100																																				
○	32 80																																				
Respiração	40																																				
○	30 20																																				
	10																																				
SÍMBOLO		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS CPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 DEZ 2018 Incidentes / Acidentes GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI Corticóides pós-oper. Imediata																																			
Técnica: <u>T. de F. de</u>																																					
Operação: <u>D. de</u>																																					
Cirurgiões: <u>Dr. Carlos Augusto de M. 1 e 2</u>																																					
Anestesistas: <u>Dr. Carlos Augusto de M. 1 e 2</u>																																					
Destino: _____																																					
Assinatura: _____																																					



Operador: Dr. Lorena Silva Oliveira
 Anestesiador: Dr. Felipe
 Enfermeiro: Selene

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 27 DEZ 2018
 GENTE SEGURODORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Atendente: Regia Lucivalda

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		ANTES DA INICIAÇÃO CIRÚRGICA		ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA	
Identificação da forma verbal junto ao paciente (identidade, local cirúrgico, procedimento e consentimento):	(☒) Sim () Não	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: (☒) Sim () Não	Confirmação nome do procedimento realizado: <u>Desbridamento de úlcera e</u>	Confirmação dos instrumentos e agulhas estão corretos ao término do procedimento?	(☒) Sim () Não
Demarcação: () Sim () Não	(☒) Não se aplica	Cirurgiões, anestesiistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente: <u>São cirúrgico</u>	Procedimento a ser realizado: (☒) Sim () Não	Limpeza do campo antes da primeira sutura: <u>com água</u>	
Verificação do equipamento de anestesia e medicação, pelo anestesiista:	(☒) Sim () Não	Qual o tempo previsto para cirurgia? <u>1h</u>	PREVENÇÃO DE EVENTOS CIRÚRGICOS:		
P.A. <u>138/86 mmHg</u> SPO2: <u>99%</u>		Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? () Sim (☒) Não	Preparo da pele? (☒) Sim () Não	Confirmação esterilização dos materiais (verificadores indicadores)? <u>São verificadores</u>	Equipamentos e instrumentais revisados? (☒) Sim () Não
Via aérea difícil ou risco de aspiração	(☒) Não () Sim	Confirmação administração de antibiótico profilático até 120 min? () Sim (☒) Não		Bist. Elétrico (placa neutra adaptada) (☒) Sim () Não	Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:
Monitorização das vias aéreas disponíveis e funcionantes?	(☒) Sim () Não				
Risco de perda sanguínea > 500ml? () Sim (☒) Não					
Reserva sanguínea? () Sim (☒) Não					
Acesso venoso adequado e pérvio?	(☒) Sim () Não				
Consentimento anestésico e cirúrgico	(☒) Sim () Não				
		P.A. <u>126x68 mmHg</u> SPO2: <u>100%</u>			
ENFERMEIRO		Téc. em Enfermagem		ANESTESISTA	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA/ANESTESIA
144-20

Declaro para fins legais que eu, Clenome da Silva Oliveira ou
meu responsável Ana Rosa Alves do Silva AUTORIZO a realização do
procedimento anestésico/sedação a fim de possibilitar a cirurgia/tratamento de
Ortopédico

Declaro também que:

- 1) Mantive o jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;
- 2) Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;
- 3) Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;
- 4) Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;
- 5) Prestei ao Médico Cirurgião ou Anestésista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.
- 6) Li e concordo com todos os termos acima;

Floriano (PI), 23 de Março de 20 18.

ANORA RAIMUNDA SILVA
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal



Assinatura Testemunha

Assinatura Testemunha

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Clovis da Silva Oliveira

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

emergência

ACÚSTICA:

neurológica

MOTIVO DA CONSULTA

TCE

TCE de Oliveira

DATA:

20/03/18

ASS. MÉDICO

Aldemir Barroso da Silva

MÉDICO

CRM - PI 6887

PARECER:

NM

ACO

20/03/18

16.54

ECG IS, Rastros normais em

Síndrome coronária

TCE de Oliveira, Sem Rastros

Dr. Roberto dos Santos

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina, PI

DATA:



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Exame: E0129070



EXTERNO

Coletado:

Data: 20/03/2018

Paciente: CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

Médico(a): CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Sexo: FEMININO

Idade: 17 ANOS, 10 MESES, 1 DIA

Impresso: 20/03/2018

HEMOGRAMA

Material:

Método:

RITROGRAMA

RITRÓCITOS	3,44 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
EMOGLOBINA	10,0 g%	12,0 a 17,5 g%
EMATÓCRITO	28,4 %	40 a 52 %
VCM	82,56 u ³	80 a 100 U ³
HCM	29,07 pg	26 a 34 pg
CHCM	35,21 %	31 a 36 %
BSERVAÇÕES		

EUCOGRAMA

EUCÓCITOS	12.400 /mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
IELÓCITOS	0 %	0
ETHELÓCITOS	0 %	0
ALONETES	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EGMENTADOS	75 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
ASÓFILOS	0 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
OSINÓFILOS	03 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
NFÓCITOS	20 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
ONÓCITOS	02 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
NFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
ONTAGEM GERAL	100,00	100%
LAQUETAS	195.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

SERVAÇÕES

RITRÓCITOS

BSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE-NEUTROFILIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

Laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos ex

s. Hematologia (Advia 60) com revisão em lâmina: Bioquímica (Bio 200)



Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 26/08/2019 18:03:47

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082618034628000000005839635>

Número do documento: 19082618034628000000005839635

Num. 6102613 - Pág. 23

Responsável: Dr. Roberto Mousinho

Paciente CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA
Médico Dr(a) Conegundes Pereira Da Silva Filho
Convênio HOSPITAL TIBERIO NUNES
Procedência: Unidade Matriz

Idade 12 Anos
Data Req 20/03/2018
Data Emissão .. 20/03/2018

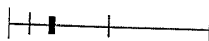


00046532

Uréia

Material: Soro
Método: Enzimático Colorimétrico

Resultado: 19,00 mg/dL

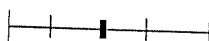


Valores de Referência:
10,0 a 45,0 mg/dL

Creatinina

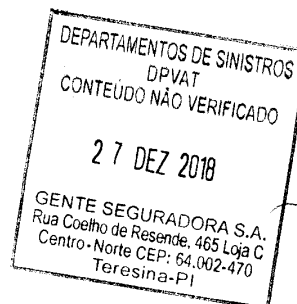
Material: Soro
Método: Enzimático Colorimétrico

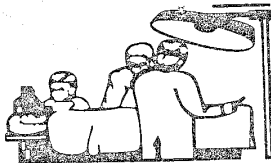
Resultado: 0,88 mg/dL



Valores de Referência:
0,40 a 1,30 mg/dL

Nota: A elevação das cetonas e certos antibióticos do grupo das cefalosporinas podem produzir elevações falsas da creatinina no soro ou na urina. Certos medicamentos (cimetidina, probenecida, trimetoprim) interferem na secreção tubular da creatinina, aumentando o nível sérico desta e reduzindo sua depuração.





BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseprima.com.br

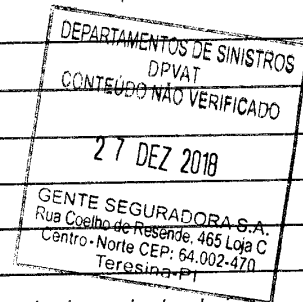
FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place • Calhau
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: Regional Tiberius Nunes
C.N.P.J.: 06.553.564/0103-62
Assinatura: Estelina Paulo
Cargo: lindeira
Nome: _____

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
93398085	01-Fio de Kirschner nº 2,0



Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo.

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 23/03/18 DATA DA ALTA: ____/____/____

PACIENTE - Nome: Lesiano da Silva Oliveira

Nº AIH: _____

Nº do Prontuário: 465926 Data da Internação: ____/____/____

Procedimento Médico Realizado: Intensivismo de lesão de

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: _____ CRM Nº: _____

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TEOT: 734R



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Florianópolis - Piauí

Cláudia da Silva Oliveira

SERVIÇO DE RADIOLOGIA

14/20

Nome do Paciente:

Cláudia da Silva Oliveira

Clínica:

Interno () Externo ()

Convênio: Particular () SUS () Outros Convênios ()

Enfermaria:

Apt.º:

Leito:

Médico:

Exames Solicitados:

RX Claiviana E Ag

Assinatura do Médico Solicitante

Obs.: Exames pago pelo SUS, sendo proibida a cobrança de qualquer taxa.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64202-470
Teresina - PI

SINISTRO 3190002297 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 08169589398**Posição em 08-08-2019 09:53:52**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

